

QUALITY OF LIFE AFTER BRAIN INJURY (QOLIBRI) - Spanish Version

En la primera parte de este cuestionario, nos interesaría saber **en qué medida se siente satisfecho** en relación a distintos aspectos de su vida después de haber sufrido una lesión cerebral. Para cada una de las siguientes preguntas por favor escoja la respuesta que más se acerque a cómo se siente en estos momentos (incluyendo la semana pasada) y marque la casilla con una "X". Pida ayuda en caso de tener algún problema a la hora de rellenar el cuestionario.

PARTE 1

A. Las siguientes preguntas tratan sobre las capacidades mentales que posee en estos momentos (incluyendo la semana pasada).

	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muy</i>
1. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para concentrarse, por ejemplo, cuando lee o cuando mantiene una conversación?					
2. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para expresarse y entender a los demás durante una conversación?					
3. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para recordar las cosas del día a día como por ejemplo, acordarse del lugar donde ha puesto las cosas?					
4. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para planear y encontrar soluciones a los problemas prácticos de cada día como por ejemplo, qué hacer cuando pierde las llaves?					
5. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para tomar decisiones?					
6. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para orientarse?					
7. ¿En qué medida está satisfecho con su agilidad mental?					

B. Las siguientes preguntas tratan sobre sus emociones y la manera que usted se ve a sí mismo en estos momentos (incluyendo la semana pasada).

	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muy</i>
1. ¿En qué medida está satisfecho con su nivel de energía?					
2. ¿En qué medida está satisfecho con su nivel de motivación a la hora de hacer cosas?					
3. ¿En qué medida está satisfecho con su autoestima, cómo de valioso se siente?					
4. ¿En qué medida está satisfecho con su aspecto?					
5. ¿En qué medida está satisfecho con lo que ha logrado desde que sufrió la lesión cerebral?					
6. ¿En qué medida está satisfecho con la manera en que se ve a sí mismo?					
7. ¿En qué medida está satisfecho con la forma en que ve su futuro?					

C. Las siguientes preguntas tratan sobre su independencia y la manera de funcionar en su vida diaria en estos momentos (incluyendo la semana pasada).

Nada
Poco
Moderadamente
Bastante
Muy

	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muy</i>
1. ¿En qué medida está satisfecho con su grado de independencia respecto a los demás?					
2. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para salir de casa y desplazarse?					
3. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para hacer tareas domésticas como por ejemplo, cocinar o arreglar cosas?					
4. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad para llevar el control de su propia economía?					
5. ¿En qué medida está satisfecho con su participación en el trabajo o en sus estudios?					
6. ¿En qué medida está satisfecho con su participación en actividades sociales y de ocio, por ejemplo, deportes, aficiones, fiestas?					
7. ¿En qué medida está satisfecho con el modo en que se hace cargo de su propia vida?					

D. Las siguientes preguntas tratan sobre sus relaciones sociales en estos momentos (incluyendo la semana pasada).

Nada
Poco
Moderadamente
Bastante
Muy

	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muy</i>
1. ¿En qué medida está satisfecho con su capacidad de sentir afecto por los demás, por ejemplo, pareja, familia, amigos?					
2. ¿En qué medida está satisfecho con las relaciones con los miembros de su familia?					
3. ¿En qué medida está satisfecho con las relaciones con sus amigos?					
4. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con su pareja o con el hecho de no tener pareja?					
5. ¿En qué medida está satisfecho con su vida sexual?					
6. ¿En qué medida está satisfecho con la actitud que muestran otras personas hacia usted?					

PARTE 2

En esta segunda parte, nos gustaría saber **hasta qué punto se siente molesto** por diferentes problemas. En cada pregunta escoja la respuesta que más se acerque a cómo se siente en estos momentos (incluyendo la semana pasada) y marque la casilla con una "X". Pida ayuda en caso de tener algún problema a la hora de rellenar el cuestionario.

E. Las siguientes preguntas tratan sobre cómo sus sentimientos le molestan en el momento actual (incluyendo la semana pasada).

	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Muy
1. ¿Hasta qué punto le molesta sentirse solo, incluso cuando está con más personas?					
2. ¿Hasta qué punto le molesta sentirse aburrido?					
3. ¿Hasta qué punto le molesta sentirse ansioso?					
4. ¿Hasta qué punto le molesta sentirse triste o deprimido?					
5. ¿Hasta qué punto le molesta sentirse enfadado o agresivo?					

F. Las siguientes preguntas tratan sobre hasta qué punto está molesto por los problemas físicos que tiene en estos momentos (incluyendo la semana pasada).

	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Muy
1. ¿Hasta qué punto le molesta la lentitud y/o la torpeza de sus movimientos?					
2. ¿Hasta qué punto le molestan los efectos de otras lesiones sufridas al mismo tiempo que su lesión cerebral?					
3. ¿Hasta qué punto le molesta el dolor, incluido el dolor de cabeza?					
4. ¿Hasta qué punto le molestan los problemas de visión o audición?					
5. En general, ¿hasta qué punto le molestan las consecuencias de su lesión cerebral?					